

健康保険 限度額適用認定申請書

事務長	部長	課長	係長	主任	係

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)		元号 年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	※自署の場合は押印を省略できます。
	電話番号 (日中の連絡先)	()		

認 定 対 象 者	療養を受ける方の 氏名	(フリガナ)	生年月日
	療養予定期間	年 月 から 年 月 まで	※記載の無い場合は、原則受付した月の 1日から1年間有効となります。
	申請を受けた ことがある方	発効 年月日	年 月 から 年 月 まで

希 望 送 付 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	宛名			

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名・印	(印)	申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。
	被保険者との関係			<input type="checkbox"/> その他
電話番号 (日中の連絡先)	()			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)	
--	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	(印)
-----------------------	-----

受付日付印

確認日付印